



# Résidence Amitié

1, rue Baudit –  
1201 Genève  
Tél : +41(0)22 919 95 95  
Fax : +41(0)22 740 30 11  
CCP : 12-3485-9

## Demande d'admission

FO-004

À remplir par les services sociaux, la personne elle-même ou son entourage

**Confidentiel**

Emetteur (timbre) :	Personne ou service à contacter	Destinataire :
Date :	Nom : .....	<b>EMS Résidence Amitié</b>
	.....	Véronique CYVOCT
	N° tél. : .....	Infirmière coordinatrice
	Nom médecin responsable : .....	Rue Baudit 1 1201 Genève
	N° tél. : .....	Tél. : 022 919 95 95 veronique.cyvoct@armeedusalut.ch Fax : 022 740 30 11

### 1. Identité du client

NOM : .....	PRENOM : .....
Nom de jeune fille : .....	Origine : .....
Confession : .....	Etat civil
Adresse : .....	Date de naissance : .....
.....	Langue parlée : .....
Chez : .....	
N° de Tél : .....	N° de téléphone mobile : .....
Hospitalisé(e) au moment de la demande :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, depuis le : .....	Nom de l'Institution : .....

### 2. Renseignements administratifs

Caisse maladie (Nom et adresse)	
.....	N° AVS : .....
.....	
.....	N° SPC : .....
N° d'assuré(e) : .....	

Répondant financier, tuteur, curateur (nom et adresse)	Médecin traitant (nom et adresse)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
N° de tél : .....	N° de tél : .....

Inscription auprès d'autres établissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
.....		
.....		

**3. Motif(s) de la demande**

.....
.....

**4. Entourage**

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél Privé : .....	Tél prof. : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél Privé .....	Tél prof. : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél Privé .....	Tél prof. : .....

Service social ou autre : .....
---------------------------------

Clef déposée chez	
Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Lien : .....
Tél Privé .....	Tél prof. : .....

**5. Condition de vie (cocher ce qui convient)**

<p><b>Entourage :</b></p> <p>Vit seul (e) : <input type="checkbox"/></p> <p>Avec conjoint : <input type="checkbox"/></p> <p>Avec enfant(s) <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (préciser) .....                  .....                  .....</p> <p><b>Logement :</b></p> <p>Appartement : <input type="checkbox"/></p> <p>Villa : <input type="checkbox"/></p> <p>Immeuble avec encadrement <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Condition de logement :</b></p> <p>Étage :                      Nombre : .....</p> <p>Pièce :                      Nombre : .....</p> <p>Escalier :                   <input type="checkbox"/></p> <p>Ascenseur :               <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (s) remarque(s) .....                  .....                  .....</p>
--	---

Brève histoire de vie (faits marquants, ancienne profession, etc.)

.....

.....

.....

Activités, loisirs

.....

.....

.....

**6. Actes de la vie quotidienne (cocher ce qui convient)**

Activité :	Seul	Avec aide	Dépendant	Activité :	Seul	Avec Aide	Dépendant
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aller à selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'aide de (préciser) : .....				Faire le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....							

<b>Soins spécifiques :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Moyens auxiliaires :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Soins d'escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèse dentaire inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil(s) acoustique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lavage de vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autre (préciser) : .....			Autre (préciser) : .....		
.....			.....		
<b>Rythme veille/sommeil :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Incontinence :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Etat psychique :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Respiration :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Tendance aux chutes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Comportement :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
			Calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Risque de fugue</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Régime alimentaire (préciser) : .....</b>			Agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Déambulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Agressivité gestuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Projet de soins**

Évaluation (diagnostique infirmier, appréciation des autres professionnels)

.....  
.....  
.....

Objectifs atteints

.....  
.....  
.....

Objectifs non atteints

.....  
.....  
.....

**8. Mesure d'encadrement à domicile**

Remarques :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Établi par (en majuscule SVP)

Nom : ..... Prénom : .....

Date : ..... Signature : .....

Signature du client : .....